Service ORL Kouba
Pr. Yahi Ait-mesbah



Epistaxis

Présenté : Dr AFIRI
Encadré : Dr AIT MESBAH

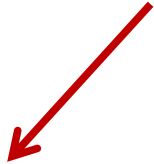
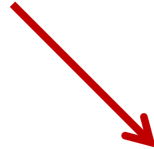
Plan :



I – Définition :

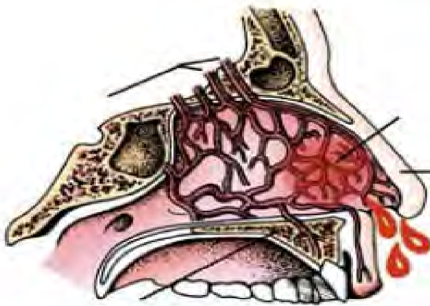
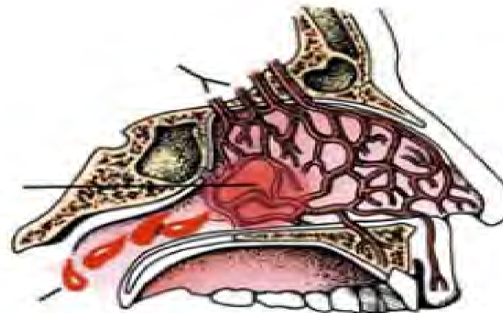


EPISTAXIS = HEMORRAGIE = Fosses nasales
sinus
cavum

Narines = epistaxis anterieure

Rhinopharynx = epistaxis posterieure

Urgence ORL +++++

Bénigne ++++++ mais ......

II – Epidémiologie





altération dégénérative des parois vasculaires

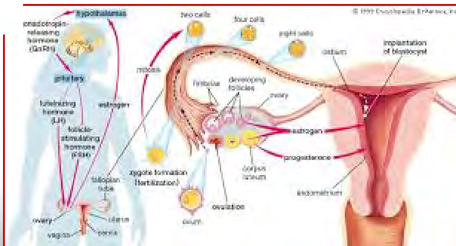


Froid →fragilisation des vaisseaux



2 hommes/1 femme : 20 et 49 ans

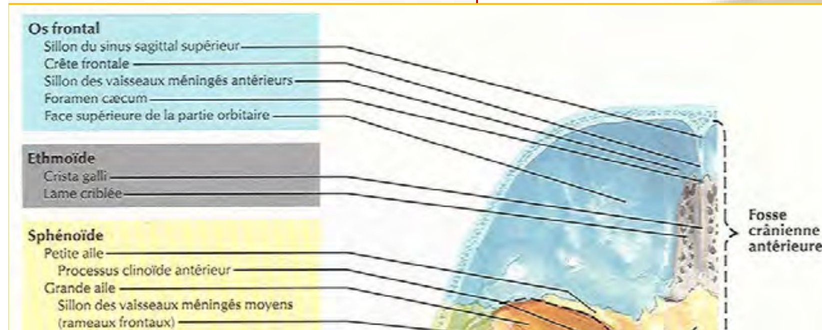
1 > 50 ans

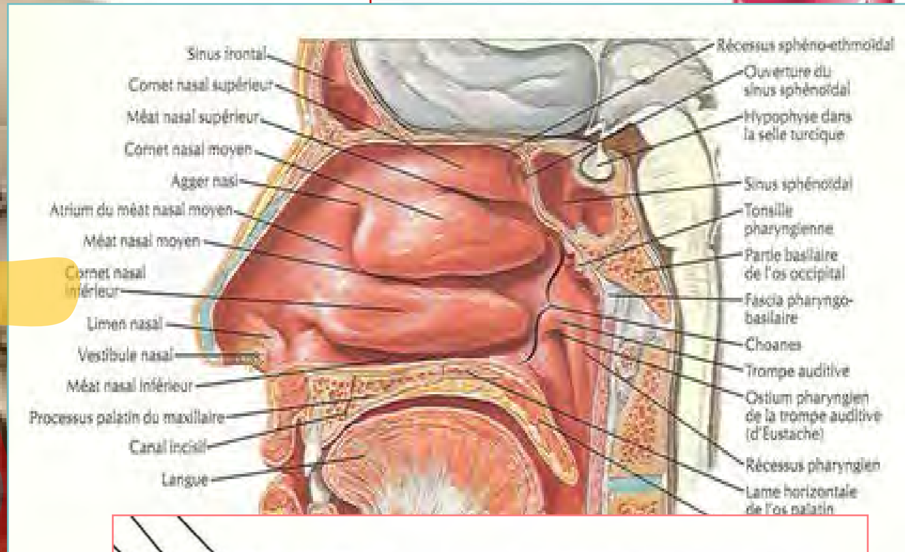


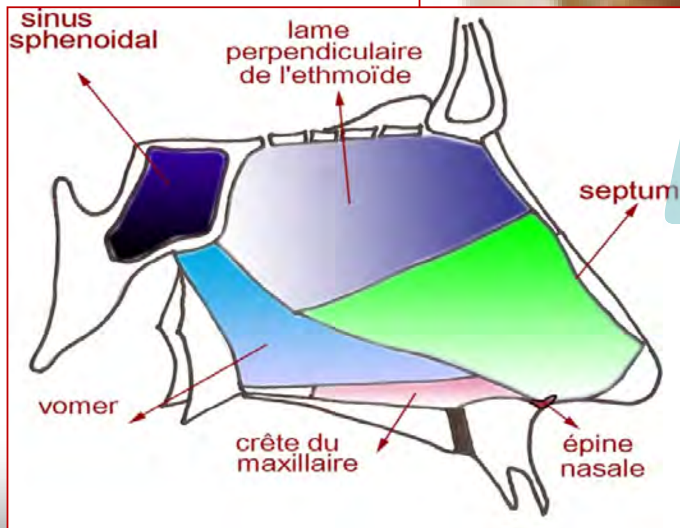


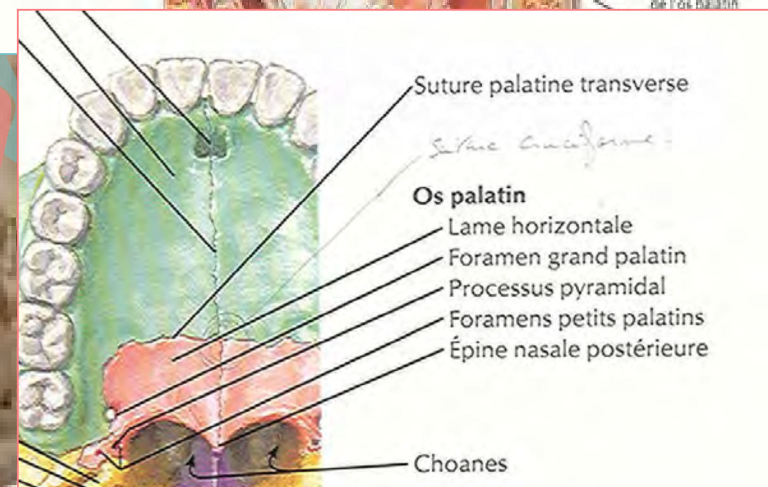
III – rappel anatomique :
1– fosses nasales











III – rappel anatomique :
2- vascularisation des F.N



Système carotidien externe

- Artère maxillaire
- Artère faciale

Artère sphéno-palatine
Artère nasale postéro-latérale
Artère infra-orbitaire
Artère alvéolaire postéro-supérieure
Artère sphéno-palatine
Rameaux septaux postérieurs
Artère palatine descendante dans la fosse ptérygo-palatine
Artère buccale
Anastomose dans le canal incisif
Artères grandes palatines droite et gauche
Artères petites palatines droite et gauche
Artère du canal ptérygoïdien
Artère pharyngienne
Foramen sphéno-palatin
Antérieurs / Postérieurs } Artères et nerfs temporaux profonds
Artère méningée accessoire
Artère méningée moyenne
Artère tympanique antérieure
Artère auriculaire profonde
Nerf auriculo-temporal
Artère temporale superficielle
Artère pharyngienne ascendante
Artère palatine ascendante
Rameaux tonsillaires
Artère tonsillaire
Artère carotide externe
Artère faciale
Muscle constricteur supérieur du pharynx
Muscle stylo-glosse
Artères ptérygoïdiennes
Artère massétérique
Artère alvéolaire inférieure
F. Netter M.D.
© Novartis

III – rappel anatomique :
2- vascularisation des F.N

Système carotidien interne (Ophtalmique)

- Artère ethmoïdale postérieure
- Artère ethmoïdale antérieure

Carotide int.
A. ethmoïdales
ant.
post.
A. ophtalmique
Sinus frontal
A. dorsale du nez
A. angulaire
A. faciale
A. naso-palatine
A. sphéno-palatine
A. des cornets
A. du cornet moy.
A. du cornet inf.
Vomer
A. palatine descendante



Tache vasculaire :

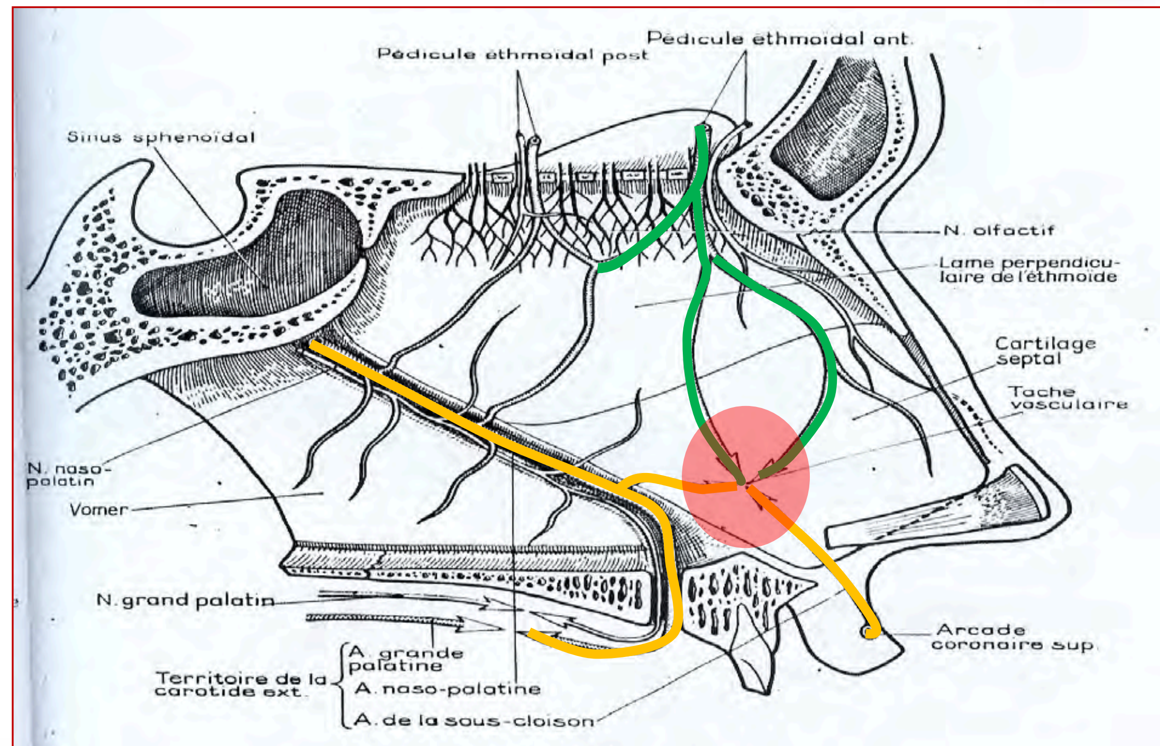


Anastomose

Syst caride EXT

Syst caride INT

zone de Kisselbach



IV – Diagnostic :



Démarche stéréotypée :

1. Reconnaitre l'épistaxis
2. Apprécier l'abondance et le retentissement (signes de gravité)
3. Rechercher une cause tout en assurant l'hémostase

1 . RECONNAITRE L'EPISTAXIS :

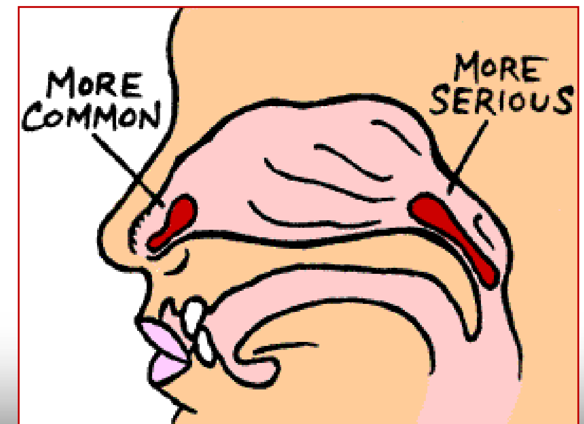


Définition



Saignement : goutte à goutte,
jet continu

Provenant : FN
saignement pharyngé déglutie



2 . APPRECIER L'ABONDANCE ET LE RETENTISSEMENT



Epistaxis bénigne :

- Tableau clinique le plus fréquent
- Cède rapidement spontanément ou par simple pression
- Bon état général



Epistaxis grave : rare

- abondance de l'hémorragie
- Retentissement de l'hémorragie : altération de l'état général + état de choc
- Répétition des hémorragies



3. RECHERCHER UNE CAUSE



Interrogatoire

Terrain :

âge sexe antécédents

- HTA
- hémopathies
- notion de prise médicamenteuse
- traumatisme cranio facial récent

Episode actuel



mode de début
durée
facteurs déclenchants
quantité de sang perdue
traitement déjà reçu



3. RECHERCHER UNE CAUSE



Examen clinique :

Examen général apprécier le retentissement et rechercher un état de choc : pâleur, sueur, agitation, tachycardie, hypotension

Examen ORL âpres mouchage et évacuation des caillots !!!!!!! :

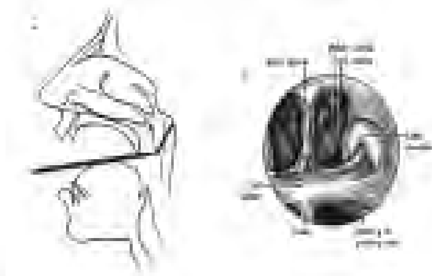
- Rhinoscopie antérieure



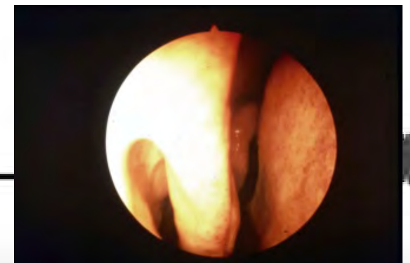


- Examen pharyngé

- Rhinoscopie postérieure



- Nasofibroscopie



3. RECHERCHER UNE CAUSE



Examens complémentaires :

FNS, TP, TCK, Taux de plaquettes

Groupage, rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières
→ cas de forme grave pour un bilan pretransfusionnel ou opératoire

Selon l'orientation diagnostique :

- bilan hépatique
- biopsies au moindre doute
- radiographies standard
- TDM IRM
- artériographie

V – Diagnostic différentiel



- Le principal diagnostic différentiel est
  l'hémorragie digestive haute
  +++ en cas de saignement dégluti secondairement extériorisé sous forme d'hématémèse ou de melaena

- Hémoptysie

VI – Etiologies



CAUSES LOCALES

- TRAUMATISMES
- TUMEURS BENIGNES
- TUMEURS MALIGNES
- Infections et inflammation
- Autres

VI – Etiologies

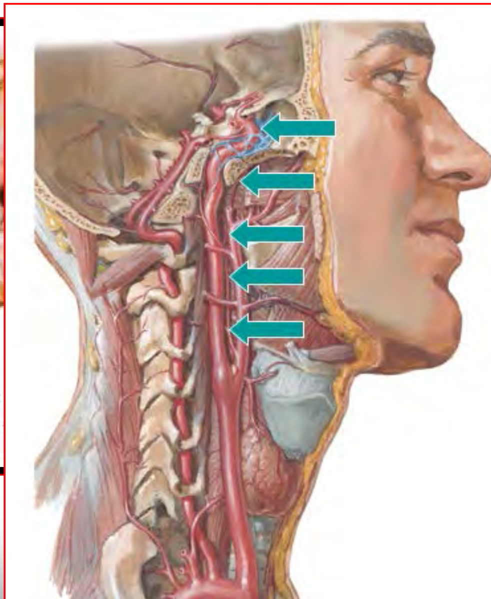


TRAUMATISMES

1- traumatismes de la sphère maxillo-faciale : fracture des OPN ++++

2- Post opératoire





3- Rupture spontanée ou traumatique de la CI

Epistaxis cataclysmique
Anévrysme de la CI ou lésion traumatique
Rupture dans le trajet de la CI
Anévrysme de la CI :
- baisse de l'acquite visuelle (amaurose)
- paralysie oculomotrice et chemosis
- souffle au niveau de la région orbitaire ou fronto temporale

VI – Etiologies



TUMEURS BENIGNES

1 – Fibrome nasopharyngien (angiofibrome) :

- Tumeur rare richement vascularisée
- … 18 ans)
- Se présente sous forme d'une formation arrondie régulière parfois polylobée violacée obstruant la choane
- Ne jamais biopsier
- TDM, IRM, artériographie
- Exérèse chirurgicales après embolisation

2 – Polype saignant de la cloison :

Le diagnostic repose sur l'examen rhinoscopique antérieur
→ visualise l'angiofibrome pédiculisé au niveau de la région de la tache vasculaire

Le traitement est chirurgical

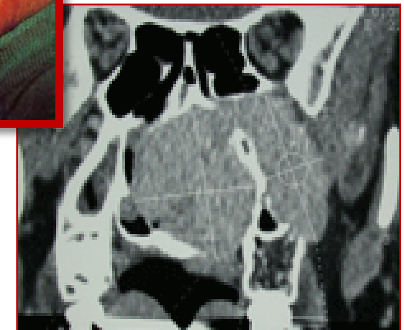
3 – Angiome des fosses nasales et de l'ethmoide











VI – Etiologies



TUMEURS MALIGNES



ORIGINE : nasales, sinus et cavum

TYPE HISTO : Carcinome epidermoide, adenocarcinome, melanome

ON
epistaxis unilaterales repetées
douleurs
signes neurologiques déficitaires
Biopsie + imagerie



VI – Etiologies



Infections et inflammation

L'infection et l'inflammation des cavités nasales et sinusiennes induisent une hyperhémie vasculaire responsable d'épistaxis de faible abondance

Autres

Sinusites chroniques
Rhinopharyngite, rhinite
Lésions de grattage
ulcération de la cloison nasale
Corps étrangers

VI – Etiologies



Hypertension artérielle

Troubles de l'hémostase

infection

CAUSES GENERALES

Anomalies vasculaire

Maladies métaboliques troubles endocriniens

VI – Etiologies



Hypertension artérielle

Etiologie fréquente sujet >50 ans
+++ mal équilibrée
Pas de relation avec sévérité de l'HTA



Conclusion SFORL 2015

Il est difficile d'avoir des notions validées sur l'association entre HTA et épistaxis. Il faut retenir que :

- la présence de chiffres tensionnels élevés lors des saignements n'est pas rare;
- ces chiffres élevés ne sont pas synonymes d'HTA;
- chez les patients hypertendus connus et qui saignent du nez, un bon équilibre tensionnel diminue la durée et la récidive des saignements;
- chez les patients sans notion d'hypertension et présentant une épistaxis sévère, une HTA peut être découverte dans les suites du saignement.

Il n'existe cependant pas dans la littérature d'enquête prospective de cohorte avec groupe témoin qui permettrait d'avoir des réponses formelles à ces questions et comme le disent toutes les études sur le sujet : épistaxis et HTA – le débat reste ouvert !

VI – Etiologies



Troubles de l'hémostase

1 – Iatrogènes :

- Traitements anticoagulants
- antiagrégants plaquettaires
- AINS



2 – Anomalies du temps plaquettaire :

Purpuras :

– thrombopeniques

origine médullaire :

aplasie

leucémie

origine périphérique :

immunoallergique

toxique

médicamenteux

infectieuse

– thrombopathique

3 – Anomalies de la coagulation :

- Hemophilie
- Maladie de WILLEBRAND
- Insuffisance hépatique

4 – Anomalies de la fibrinoformation :

Fibrinolyse

CIVD

VI – Etiologies



Anomalies vasculaires

Angiomatose familiale de RENDU – OSLER – WEBER



- angiomatose hémorragique familiale
- rare
- héréditaire autosomique dominante
- anomalie de la structure du capillaire
- hétérogène dans l'âge de début (épistaxis gingivorragies)

- Dc clinique +++ :
  multiples télangiectasies au niveau de la muqueuse des cavités nasales :
  septum, plancher, cornet inferieur et moyen
- Autres localisations :
  muqueuse de la cavité buccale
  téguments de la face angiomes viscéraux
  fistules arterio veineuses
  anévrysmes pulmonaires
  atteintes hépatiques et cérébrale

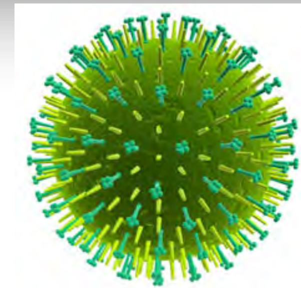




VI – Etiologies



Infections



- Grippe
- Pneumopathies atypiques
- Fièvre typhoïde
- Syndrome malin des maladies infectieuses
- Scarlatine





VI – Etiologies



Maladies métaboliques

Diabète
Scorbut

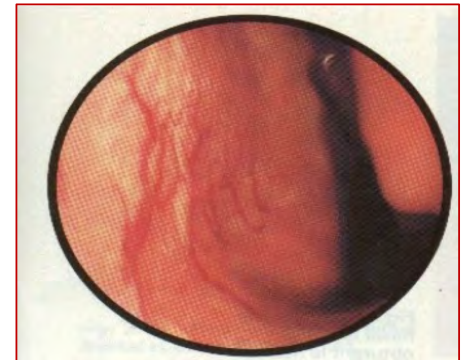
Troubles endocriniens

Puberté : accompagnent surtout les menstruations
Gestation

VI – Etiologies

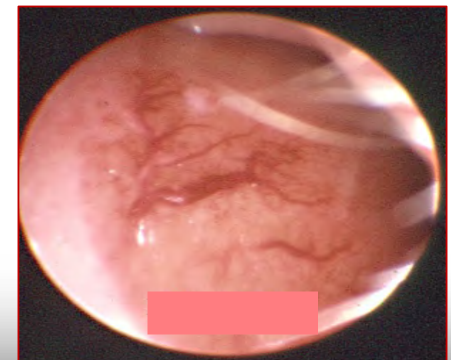


EPISTAXIS ESSENTIELLE



- Diagnostic **d'exclusion**
- Fréquence dans l'enfance elle cesse généralement spontanément a la puberté
- Apres exposition au soleil, grattage, éternuement voir spontanément
- En rapport avec une fragilité vasculaire

  - l'examen permet de mettre en évidence son origine antérieure au niveau de la **tache vasculaire**



VII – Traitement :



L'épistaxis

=

urgence hémorragique

VII – Traitement :



1. Mesures générales

1. Apprécier la gravité :
   volume de la perte sanguine + retentissement
2. Voie d'abord si hémorragie grave
3. Calmer le patient
4. Repos
5. Position demi assise

VII – Traitement :



2. Gestes locaux

1. Nettoyer les fosses nasales : mouchage + aspiration

2. Compre… ou tampo… vestib… …sculaire)

3. Anesth… (cot…

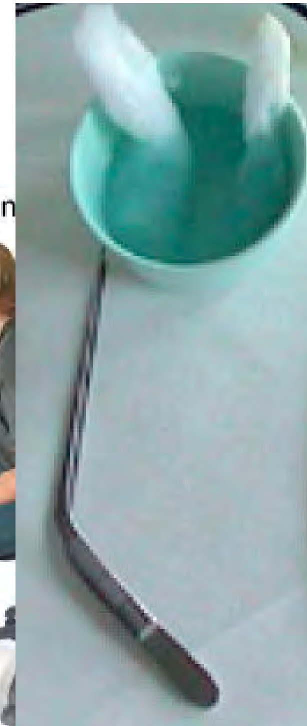




Figure 4. Tamponnement vestibulaire.









L'hémorragie cède le plus souvent

VII – Traitement :



3. Moyens de première intention

TAMPONNEMENT ANTERIEUR :

Matériel résorbable (surgicel)

CAUTERISATION ELECTRIQUE :

pince bipolaire ou en mono polaire



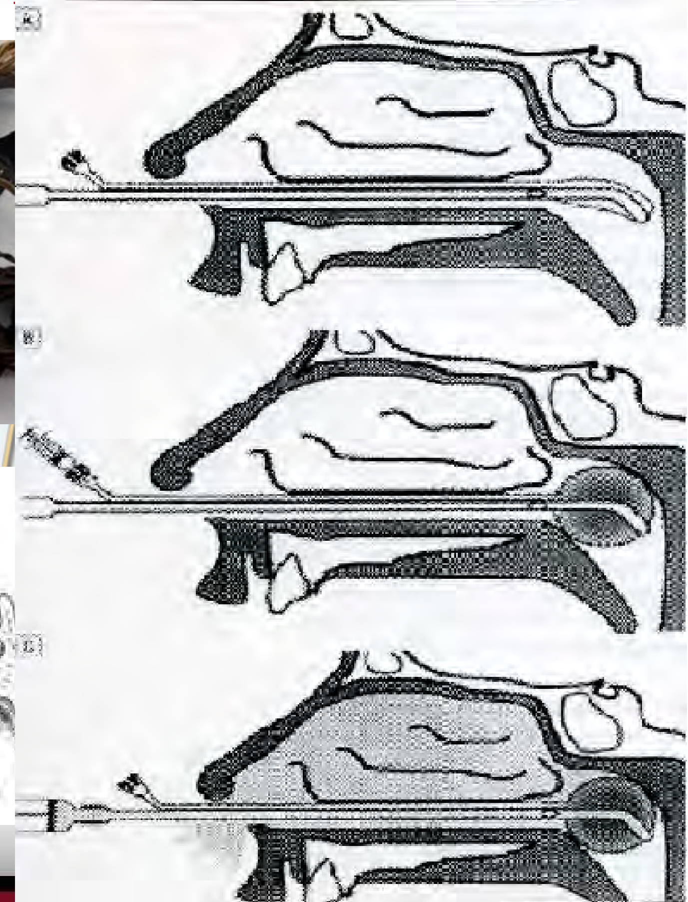
CAUTERISATION CHIMIQUE :

Boule de nitrate d'argent ou acide chromique ou ...ctement su

IRRIGATION A L'EAU CHAUDE :

Irrigation de la fosses nasale a l'aide d'un double cathéter par une eau chaude a 51°
(œdème de la muqueuse, vasodilatation des vaisse donc baisse du flux sanguin et nettoyage des caill





VII – Traitement :



4. Moyens de deuxième intention

TAMPONNEMENT POSTERIEUR :

Echec du tamponnement antérieur et épistaxi haute ou postérieure

Sondes à double BALLONNETS :

comprime la région antérieure et postérieure, A dégonfler toutes les 6 heures pour éviter la nécrose de la muqueuse

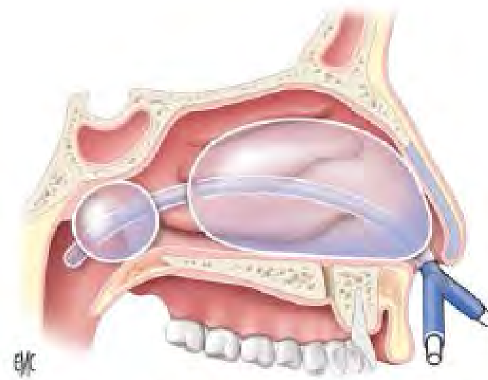


Figure 8. Sonde à double ballonnet positionnée dans la cavité nasale.

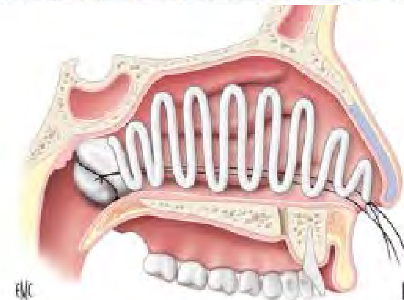


Figure 7.
A. Tamponnement postérieur.
B. Tamponnement antéropostérieur.

Figure 6. Sonde à double ballonnet.
A. Ballonnets dégonflés.
B. Ballonnets gonflés.

VII – Traitement :



5. Moyens de troisième intention

EMBOLISATION

Sous
Cath
Occ
et fa

- ...is postérieure no... ou récidivant...
- Epistaxis massive supéri...
- Epistaxis persistante ave...
- Complications ou contr... précédents

CHIRURGIE D'HEMOSTASE

Liga
Liga
Liga
Ligatures des artères ethmoïdales

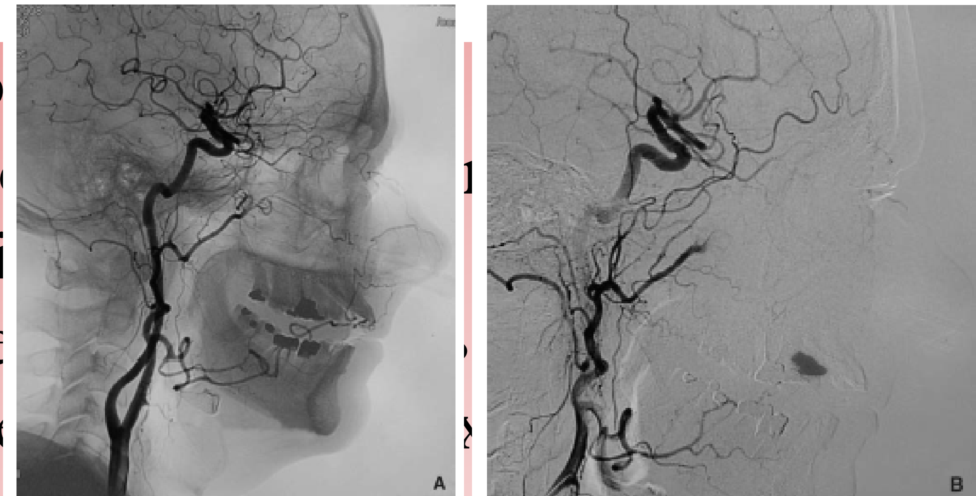


Figure 9. Angiographie. Embolisation élective d'une cavité nasale droite.
A. Angiographie avant embolisation.
B. Angiographie après embolisation (particules Embosphère®).

VII – Traitement :



6. Enquête étiologique

Hypertension artérielle

Infections

EPISTAXIS ESSENTIELLE

CAUSES GENERALES

Anomalies vasculaires

Troubles de l'hémostase

Infections et inflammation

Maladies métaboliques troubles endocriniens

VII – Traitement :

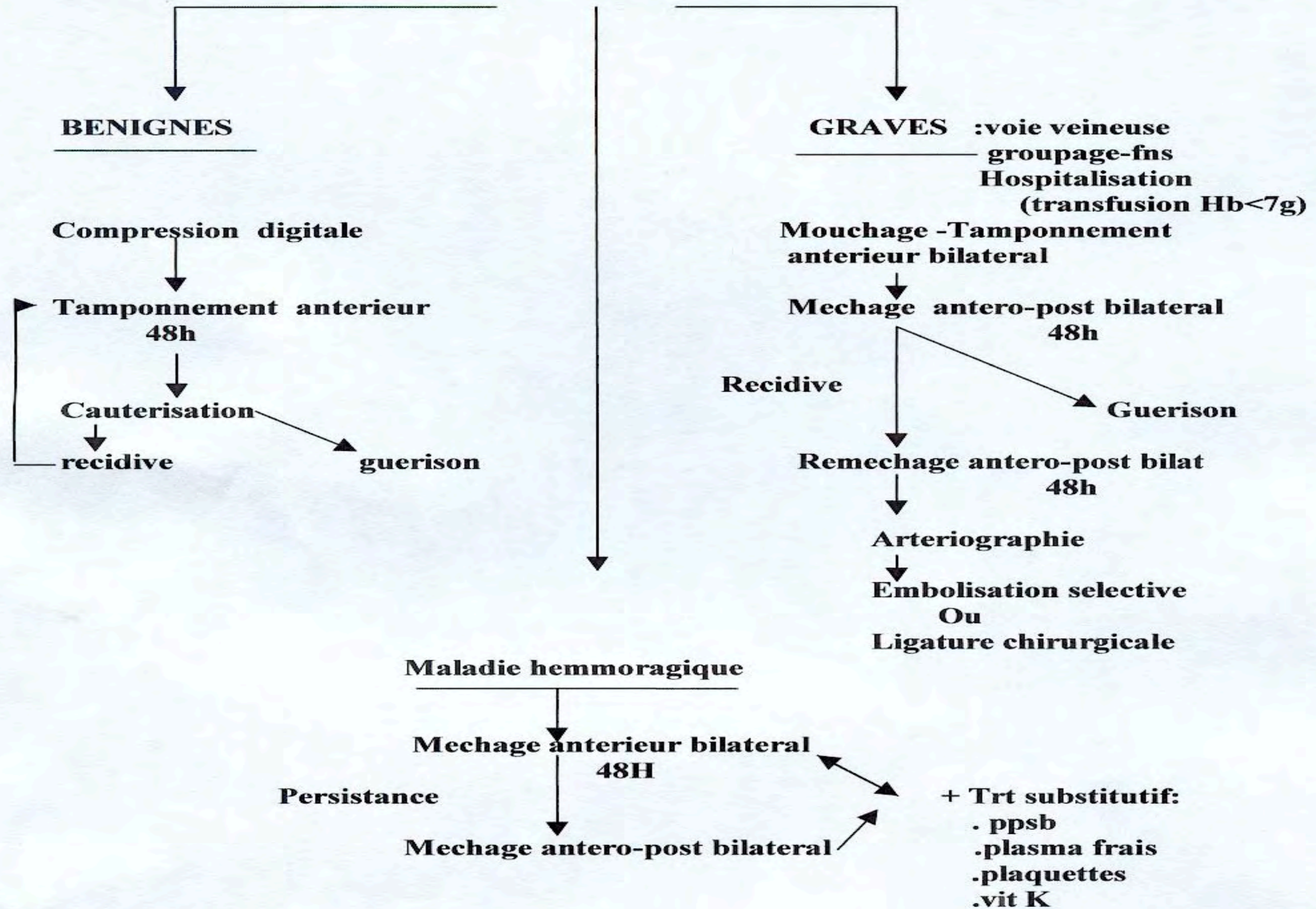


Indications

EPISTAXIS BENIGNE :
- Tamponnement vestibulaire
- Tamponnement antérieur

EPISTAXIS GRAVE :
Tamponnement antérieur ou antero postérieur
 Récidives a deux ou trois reprises
Ligature artérielle
Embolisation

MALADIE DE RENDU OSLER :
- Cautérisation
- Injection intra muqueuses : colle de fibrine ou ethibloc
- Embolisation sélective
- Dermoplastie nasale


EPISTAXIS
BENIGNES
Compression digitale
Tamponnement anterieur
48h
Cauterisation
recidive
guerison
GRAVES :voie veineuse
groupage-fns
Hospitalisation
(transfusion Hb<7g)
Mouchage -Tamponnement
anterieur bilateral
Mechage antero-post bilateral
48h
Recidive
Guerison
Remechage antero-post bilat
48h
Arteriographie
Embolisation selective
Ou
Ligature chirurgicale
Maladie hemmoragique
Mechage anterieur bilateral
48H
Persistance
Mechage antero-post bilateral
+ Trt substitutif:
. ppsb
.plasma frais
.plaquettes
.vit K

VIII. Conclusion



LES 3 IMPERATIFS DEVANT UNE EPISTAXIS

1 - Appréciation du retentissement et éventuellement correction d'un choc

2 - Stopper le saignement : TRT symptomatique

3 - Rechercher une étiologie: TRT curatif